

MINISTÈRE de l'ÉDUCATION NATIONALE
RECTORAT DE ROUEN
SERVICE de PROMOTION de la SANTÉ en FAVEUR des ELEVES

A l'attention des parents ou responsables légaux des élèves
nouvellement inscrits dans l'école ou l'établissement scolaire

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

La loi n°2002-303 du 04 mars 2002 et le décret n°2002-637 sur l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé, stipulent que toute transmission de données médicales d'un médecin à un autre doit faire l'objet d'une autorisation préalable du représentant de l'enfant.

La transmission du dossier médical scolaire de votre enfant (qui le suivra durant tout son cursus scolaire) est soumise à ce principe.

Nous vous demandons donc de bien vouloir compléter et signer ce document qui sera remis au médecin référent de l'établissement scolaire actuellement fréquenté afin qu'il puisse demander la transmission du dossier.

Il convient d'observer que la transmission de ce dossier assure le suivi médical de votre enfant tout au long de sa scolarité.

Je soussigné (e)

Nom :Prénom :

Adresse :

Parent / Responsable légal de l'élève : (barrer la mention inutile)

Nom :Prénom :

Né (e) le :

à :

Autorise la communication de son dossier médical au médecin scolaire de l'établissement actuel.

(1) noter les coordonnées de l'établissement (nom et adresse complète) merci

Date

Signature

Établissement où est inscrit l'élève	Établissement d'où vient l'élève
NOM :	NOM :
N°Rue :	N°Rue :
Commune :Arrt :	Commune :Arrt :
Département :Pays :	Département :Pays :
Classe :	Classe :

Cadre réservé au service médico-scolaire

Dossier à retourner à :

Docteur :

Adresse :

Date de la réponse :

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS DESTINÉS A L'INFIRMERIE

Année scolaire 20...../ 20.....

NOM : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___ / ___ / ___

1. Renseignements médicaux :

Votre enfant : (cochez la ou les cases correspondantes à la situation de l'élève)

- A votre connaissance ne présente aucun problème de santé
- Est atteint d'une pathologie nécessitant une prise en charge spécifique, précisez.....
- A un traitement quotidien ou d'urgence sur les heures scolaires, précisez.....
- A un suivi médical ou paramédical spécialisé, précisez.....
- A un régime alimentaire à cause de sa pathologie, précisez.....
- A des douleurs de règles importantes et invalidantes pouvant impacter sa scolarité
- A bénéficié l'année dernière d'une des mesures suivantes (PAI, PAP, 1/3 temps)
- A une mesure ou un dossier MDPH (handicap)
- Est suivi pour des difficultés d'apprentissages, précisez.....
- A récemment subi ou doit subir une intervention chirurgicale ou médicale pouvant impacter sa scolarité et/ou son assiduité, précisez.....
- A un suivi en psychothérapie
- A reçu deux injections du vaccin contre la Rougeole (ROR Rougeole Oreillons Rubéole)

Veuillez noter ici toutes mentions utiles à la bonne prise en charge de votre enfant :

.....
.....

Pour tout traitement nécessitant un suivi ou une conduite spécifique en cas d'urgence, prendre rendez-vous avec l'infirmière de l'établissement : infirmieriedesbruyeres76@gmail.com

Autorisation d'intervention chirurgicale :

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame _____

À _____ Le _____

Signature des parents :

Autorisation parentale pour les élèves mineurs

Des actions de prévention sont susceptibles d'être organisées au sein de l'établissement, votre enfant mineur (e) est il / elle autorisé (e) à y participer ? Oui

Non